

## ЕЩЕ РАЗ К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ

**Шмаков А.П., Питкевич А.Э.**

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

С позиции накопленного опыта, анализируя процесс обучения студентов и молодых врачей умению диагностировать заболевания, все чаще приходишь к мысли о том, что не все акценты, касаемые философских категорий, в медицине расставляются правильно.

Изучая на пропедевтических кафедрах методику и приемы обследования больных, неадаптированный к медицинским терминам и знаниям мозг студента мимолетно воспринимает и не сохраняет информацию о субъективных и объективных проявлениях (симптомах) болезни. Этот период в основном сопряжен с запоминанием терминов, методики воспроизведения и оценки симптомов. Выработка приёмов обследования больного по умозрительно-ассоциативному типу нередко приводит к утрате навыков выявления некоторых объективных симптомов. В дальнейшем это неумение переходит в стереотип, который сохраняется у молодых и даже опытных врачей.

Столь большое внимание этой проблеме мы решили уделить по той причине, что именно эти оценки являются особенно значимыми для рационального клинического мышления на этапе накопления информации об истинных проявлениях болезни для последующих этапов построения диагностического алгоритма.

Субъективной является любая информация о болезни (симптомах), преподнесенная лично больным. Но оценивая эти возможности у ребенка, который нередко не обладает возможностью выразить свои ощущения (отсутствие или слабое развитие центра речи), а тем более подвергнуть их

анализу, становится очевидным, что у него в качестве жалоб манифестируют комплексы объективных ситуационных реакций. Как правило, они не зависят от вида патологии - это плач, беспокойство, вялость, адинамия, отказ от любимых занятий, тошнота, рвота и многое другое. Следует помнить, что особенно детям присуще проявление диссимуляции - сокрытие болезненных проявлений, желание казаться здоровыми. Врач всегда критически, но с глубоким тактом и терпением должен выслушать преподносимую информацию, уточнить, выспросить необходимые для постановки диагноза сведения о проявлениях и течении болезни. Её можно сравнить с маяком, позволяющим диагностическому лайнеру двигаться в правильном направлении.

Пожалуй, более важным для клинициста является умение выявить и правильно оценить объективные признаки заболевания, которые ни в коей мере не следует оценивать, обращаясь к сознанию больного. Эти симптомы подразделяют на общие и местные. Если выявление общих объективных симптомов зачастую не считается очень сложной задачей - подсчет пульса, дыханий, формулы крови и мочи и др., выслушивание и оценка сердечных, дыхательных, перистальтических шумов, цвета и тургора кожи, длины органа или его сегмента, объема движений, границ органов и др., то выявление местных объективных симптомов, особенно характерных для острой хирургической патологии органов брюшной полости, нередко представляет большие трудности. Особенно часто они возникают, если эмоции плохо подчиняются разуму, то есть осознанию необходимости проведения таких действий, что в первую очередь присуще детям. Действительно, трудно выявить местную болезненность у сопротивляющегося, плачущего ребенка. В равной мере сложно в той же ситуации обнаружить пассивное напряжение мышц живота и оценить симптомы механического раздражения брюшины (Щеткина-Блюберга, Менделя и др.). В таком случае логически напрашивается использование приема отключения сознания, а следовательно, и подавления эмоций для выявления вышеозначенных местных объективных симптомов. Так и поступают в детской хирургической практике, используя осмотр как во время естественного, так и во время медикаментозного сна. Для выявления объективного симптома локальной болезненности обследующий должен очень внимательно следить за объективной реакцией пациента. Давление на болезненное место вызывает различные по силе реакции - от скрытых до очень ярких. Исследующий должен умело использовать подбор силы давления, необходимой для выявления болезненности, которая в каждом индивидуальном случае бывает различной. Само собой разумеется, что подобная методика для выявления объективных симптомов является искусством и может отрабатываться лишь у студентов старших курсов, глубоко знающих семиотику заболеваний, под контролем опытных преподавателей-клиницистов.

К навыку правильно клинически мыслить также следует отнести умение сопоставлять полученные субъективные и объективные проявления болезни. Обманутым бывает как тот врач, который свято верит больному, не выявив объективных патологических симптомов, так и тот, который, недооценив жалобы и существование последних, наносит вред больному, отказывая ему в лечении.

Следующим этапом является оценка выявленных отклонений от нормы, определение их значимости для диагностики (ложно положительные и ложно отрицательные симптомы). Проводится анализ и поиски причин, возможно, повлиявших на возникновение как ложноположительных, так и ложноотрицательных проявлений болезни. Исключая причины, отрицательно воздействовавшие на качество полученной информации, последнюю вновь перепроверяют.

Оказывается, что выявленные в ходе обследования больного объективные и субъективные признаки болезни дают пищу для дальнейшего аналитического мышления. Важным является умение расположить субъективные симптомы болезни во временной последовательности, определить причинно-следственные связи, оценить истинное место каждого из них в патологическом процессе. Эти принципы лежат в основе построения патологической концепции, которая даже на этапе анализа субъективных симптомов позволяет предать правильную направленность мысли клинициста. Последняя, будучи в дальнейшем подкрепленной объективными симптомами, в особенности патогномичными, закономерно приведет к правильному клиническому диагнозу.

Внедрение вышеизложенных идеологических принципов правильного клинического мышления лежит в основе обучения построению патологической концепции путем выяснения, возможно, скрытых деталей анамнеза. Для этого требуется глубокое знание предмета исследования, (круга предполагаемых заболеваний), вариаций их проявления и многого другого.

Таким образом, попытка создания вышеизложенного диагностического алгоритма на основе принципов рационального клинического мышления, по нашему мнению, позволит увести обучающихся от таких понятий, как ассоциативная, интуитивная и прочая неосознанная, а скорее фотографическая диагностика. Более того, его внедрение предполагает реализацию принципа этапного и сквозного обучения, движения от более простого восприятия явления посредством заучивания и запоминания к более сложному - оценке индивидуальности, вариабельности, обусловленности и последовательности, что приближает нас к понятию мастерства и искусства. Очевидно, что для выработки этих навыков обучающийся должен проделать последовательный и долгий путь под контролем опытного клинициста, обладающего такими качествами, способного корригировать и направлять студента.